

CRISTIANA RAFAELA CALDEIRA MARQUES

# **DESENVOLVIMENTO E ESTUDO DA VALIDADE FACIAL DO QUESTIONÁRIO DE MOTIVAÇÕES PARA REVELAR/NÃO REVELAR A PARENTALIDADE NÃO-GENÉTICA POR DOAÇÃO DE GÂMETAS**



ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

**Dissertação de Mestrado em Psicologia  
Clínica**

Terapias Cognitivo-Comportamentais

COIMBRA, 2016

Desenvolvimento e estudo da validade facial do Questionário de  
Motivações para Revelar/Não Revelar a Parentalidade Não-  
Genética por Doação de Gâmetas

Cristiana Rafaela Caldeira Marques

Dissertação apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia  
Clínica – Terapias Cognitivo-Comportamentais  
Orientadora: Professora Doutora Ana Galhardo

Coimbra, Junho de 2016

## **Agradecimentos**

Chega ao fim mais uma etapa de um longo percurso de dezassete anos académicos. O fim mais aguardado e mais desejado, o início da profissão com que sonhei: ser psicóloga clínica. Como momento marcante, torna-se imprescindível agradecer a quem, das mais diversas formas, contribuiu para ele.

Em primeiro lugar, agradeço aos meus familiares e namorado pelo apoio e incentivo dado durante este percurso. Um especial obrigado à minha mãe por ter sido o meu pilar e por toda a dedicação durante todos estes anos.

Em segundo lugar, e de forma especial, agradeço à minha orientadora Professora Doutora Ana Galhardo por todos os ensinamentos transmitidos, não só como docente, mas principalmente como profissional de Psicologia e pessoa, por todo apoio e dedicação dados ao longo deste ano.

Em terceiro lugar agradeço à Professora Doutora Marina Cunha e Professora Doutora Margarida Couto quer pela ajuda no desenvolvimento do questionário quer por todos os conhecimentos transmitidos ao longo dos semestres que me acompanharam.

Agradeço também à Associação Portuguesa de Fertilidade pela cooperação neste projeto de investigação tendo sido esta fundamental para a divulgação e realização do presente estudo, bem como aos participantes que responderam aos questionários.

Agradeço ainda às minhas colegas de mestrado e amigas Mariana Napoleão, Diana Oliveira e Gabriela Cruz pelas palavras nos momentos mais difíceis e pelo apoio dado mesmo quando parecia impossível chegar ao fim.

Por último, mas não menos importante, agradeço à instituição que me acolheu durante todo este percurso no ensino superior, Instituto Superior Miguel Torga.

## **Resumo**

**Introdução:** A parentalidade é um papel muito valorizado socialmente. No entanto, para casais com infertilidade o desempenho deste papel pode implicar tratamentos de fertilidade, alguns deles com recurso a gâmetas de dador. Para os casais que recorrem a gâmetas de dador, surge uma outra preocupação: contar à criança a origem da sua conceção ou manter segredo. Ainda que as motivações que influenciam este processo de decisão tenham sido alvo de estudo, em Portugal a investigação relativa a este tema é escassa.

**Objetivos:** A presente investigação pretendeu desenvolver e estudar a validade facial do Questionário de Motivações para Revelar/Não Revelar a Parentalidade não Genética por Doação de Gâmetas (QMRDG), o qual se destina a avaliar as principais motivações que influenciam o processo de tomada de decisão dos pais que recorrem a gâmetas de dador relativamente a contar ou não contar ao/à seu/sua filho/a a origem da sua conceção. Pretendeu-se ainda explorar a relação entre os sintomas emocionais negativos e o sentido de competência parental nos diferentes grupos em estudo (pais que já contaram à criança, pais que decidiram não contar e pais que ainda não contaram).

**Metodologia:** Estudo exploratório conduzido numa amostra de 21 participantes que recorrem a tratamento de fertilidade com recurso a gâmetas de dador, tendo tido filhos resultantes desse mesmo tratamento, com idades compreendidas entre os 30 e 49 anos. Os participantes preencheram um conjunto de questionários numa plataforma *online*, tendo o estudo sido divulgado pela Associação Portuguesa de Fertilidade.

**Resultados:** Os dados obtidos indicam que a maioria dos pais ainda não contou ao/à seu/sua filho/a sua origem genética devido ao facto de a criança ser ainda muito pequena, encontrando-se estes com intenção de revelar à criança. Dos pais que já contaram, as motivações que mais influenciaram a decisão basearam-se na falta de motivos para omitir, na importância dada à honestidade, no direito do conhecimento das origens genéticas e na transparência no seio familiar. Face às motivações para não contar, das que mais influenciaram os pais salienta-se a pouca importância dada à genética. O QMRDG revelou possuir validade facial não tendo sido reportada a existência de itens ambíguos ou de difícil compreensão.

**Discussão:** A tendência dos pais no presente estudo foi de contar ao/à seu/sua filho/a a origem da sua conceção, sendo também esta a tendência reportada em estudos mais recentes. Verificou-se a existência de algumas limitações no estudo, nomeadamente o tamanho da amostra. No entanto, o QMRDG mostrou possuir validade facial, podendo

constituir-se como um instrumento útil na prática clínica e na investigação com pessoas que estejam a realizar tratamento de fertilidade com recurso a gâmetas de dador.

**Palavras-chave:** gâmetas de dador; parentalidade; motivações para revelar; segredo; eficácia parental.

## **Abstract**

**Introduction:** Parenting is a highly valued social role. However, for couples dealing with infertility this role can involve fertility treatments, and for some of them donor-assisted reproduction. For couples who use third party reproduction, another concern can emerge: tell the child about the donor conception, or preserve secrecy. Although arguments for decision making have been studied, in Portugal research on this topic is scanty.

**Objectives:** The current study sought out to develop and study the facial validity of Motivations for Disclosing/Not Disclosing Non-genetic Parenthood through Gamete Donation (QMRDG), which is designed to assess motivations that influence the decision-making process of parents who use gamete donation regarding tell or not to tell to his/her son/daughter his/her conception. The existence of differences concerning emotional negative symptoms and parenting sense of competence in three groups (parents that already disclosed, parents that decided not to disclose and parents that did not decide what to do) was also explored.

**Methods:** This exploratory study was conducted in sample of 21 participants who undergone third-party reproduction treatment and became parents. Participants' age ranged from 30 to 49 years. Participants completed a set of questionnaires through an online platform. The study was advertised by Associação Portuguesa de Fertilidade.

**Results:** Data showed that most parents did not disclose to their child their donor conception due to the fact that the child is still very young, but their intention seems to be to disclose in the future. For parents who have disclosed, core motivations for that decision are based on the lack of reasons for omitting, on the importance of honesty, on the right to know genetic origins and on transparency in the family. Concerning motivations for not disclosing the little importance given to genetics emerges as one of the most important ones. QMRDG revealed good facial validity. The existence of ambiguous or difficult to understand items has not been reported.

*Discussion:* In our study parent's tendency was to disclose to his/her son/daughter his/her donor conception and this is also the trend reported in recent studies. There are some methodological limitations that should be considered mainly due to the sample size. However, the QMRDG proved to be an instrument showing facial validity, and it can be a useful tool in clinical practice and research with people who are pursuing fertility treatment with gamete donation.

**Key-words:** gamete donation; parenthood; disclosure's motivations; secrecy; parental competence.

## **Introdução**

A infertilidade é clinicamente definida como uma doença do sistema reprodutivo caracterizada pela incapacidade de conseguir uma gravidez clínica após 12 meses ou mais de relações sexuais regulares desprotegidas (Zegers-Hochschild et al., 2009).

É possível identificar dois tipos de infertilidade: infertilidade primária e infertilidade secundária. Enquanto que infertilidade primária significa que o casal nunca teve um filho, apesar das tentativas de engravidar durante um período de dois anos, infertilidade secundária ocorre quando um casal, após ter concebido uma criança, é incapaz de ter um outro filho, apesar das tentativas, durante um período de dois anos ou, caso a mulher esteja a amamentar um bebé anterior, sente período calculado após o final da amenorreia lactacional (World Health Organization, 2001).

Apesar da definição médica, a infertilidade pode melhor ser entendida como um processo socialmente construído pelo qual os indivíduos consideram a sua incapacidade de ter filhos como um problema, construindo um curso de ação apropriado (Greil, McQuillan, & Slauson-Blevins, 2011). Assim, a infertilidade pode ser ponderada como um constructo social.

Greil (2010) identificou quatro principais motivos pelos quais a infertilidade deve ser considerada deste modo. Segundo este autor, não é relevante o modo como os médicos definem infertilidade uma vez que os casais não se consideram inférteis ou se propõem para tratamento se não entenderem a paternidade como um papel social desejado. Um outro motivo apontado indica que o modelo médico trata condições médicas como fenómenos que afetam o indivíduo, enquanto que a infertilidade é muitas vezes vista como uma condição que afeta o casal, independentemente de se tratar de um diagnóstico que pode afetar apenas um dos elementos. Por outro lado, para Greil (2010), a infertilidade é sinalizada, não pela presença de sintomas patológicos, mas pela ausência de um estado desejado. Por fim, na infertilidade existem outras possibilidades, ao invés de prosseguir uma cura, por exemplo, adoção, troca de parceiro ou a escolha de permanecer sem filhos (Greil et al., 2011).

A infertilidade é assim reconhecida pela Organização Mundial de Saúde como um problema de saúde pública, uma vez que se encontra em ascensão nos países industrializados, o que constitui uma preocupação de todas as sociedades e faz com que as estatísticas da infertilidade sejam um elemento importante para direccionar esforços de prevenção e tratamento.



Face a este aumento de prevalência nos últimos anos, o número de casais que procura tratamentos de fertilidade tem também vindo a crescer (Deka & Sarma, 2010; Lykeridou, Gourounti, Deltsidou, Loutradis, & Vaslamatzis, 2009), resultando esta procura de fatores como o adiamento da gravidez, o desenvolvimento de técnicas mais recentes e mais bem-sucedidas para o tratamento da infertilidade ou o aumento da consciencialização dos serviços disponíveis (Deka & Sarma, 2010).

Um estudo sobre as tendências de prevalências nacionais, regionais e globais da infertilidade entre 1990 e 2010, concluiu que em 2010 era estimado que 48,5 milhões de casais no mundo evidenciassem infertilidade (Mascarenhas, Flaxman, Boerma, Vanderpoel, & Stevens, 2012).

A nível global, no ano supracitado, 1,9% das mulheres com idades compreendidas entre os 20 e os 44 anos, que desejavam ter filhos, apresentavam infertilidade primária, enquanto que 10,5% das mulheres apresentavam infertilidade secundária, sendo que mulheres com idades entre os 20-24 mostravam uma maior prevalência de infertilidade primária, comparando com as mulheres com idades entre os 25-29 anos e mulheres com idades entre os 30-44 anos, (Mascarenhas et al., 2012). Em Portugal, um estudo demográfico sobre infertilidade, o Estudo Afrodite, com uma amostra de 2460 indivíduos (2239 + 5% de margem), de entre os quais 601 homens e 1638 mulheres, avaliou a prevalência da infertilidade na população portuguesa (Carvalho & Santos, 2009). Este estudo revelou que a prevalência de infertilidade ao longo da vida, em mulheres com idades compreendidas entre os 25 e os 69 anos era de 8,9% sendo que 27,8% dessas mulheres já tinham realizado algum tipo de tratamento (Carvalho & Santos, 2009). Especificamente, em mulheres em idade reprodutiva (25-44 anos), a prevalência de infertilidade era de 7,2%, não existindo diferenças significativas entre as diferentes regiões do país (Carvalho & Santos, 2009). Assim, estima-se que em 2009 existiam entre 266.088 e 292.996 casais com infertilidade ao longo da vida (Carvalho & Santos, 2009).

Face a um diagnóstico de infertilidade, as técnicas de procriação medicamente assistida oferecem esperança aos casais com infertilidade (Cousineau & Domar, 2007).

Em Portugal, no ano de 2013, foram registados 9948 ciclos de procriação medicamente assistida, dos quais nasceram 2091 crianças (Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida, 2015). De entre estes ciclos de tratamento, foram realizados 127 com recurso a espermatozoides de dador a fresco (60 FIV e 67 ICSI) e 329 ciclos com ovócitos doados a fresco (78 FIV e 251 ICSI) e 41 ciclos com ovócitos

criopreservados (1 FIV e 40 ICSI) (Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida, 2015).

Várias são as possibilidades de tratamento, com ou sem gâmetas de dador, nomeadamente a técnica de inseminação intrauterina (IIU), fecundação *in vitro* (FIV) e transferência de embriões (FIVETE), microinjeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), transferência intratubular de gâmetas (GIFT), técnicas cirúrgicas de obtenção de espermatozoides, técnicas de criopreservação de gâmetas e embriões e técnicas de procriação com recurso a dadores de gâmetas (Santos & Moura-Ramos, 2010). Estas últimas são utilizadas em algumas situações de infertilidade (masculina ou feminina) nas quais não é possível obter uma gravidez através do recurso a qualquer outra técnica que utilize os gâmetas do próprio casal, devido à existência de um obstáculo à produção de gâmetas num dos elementos do casal (*Decreto de Lei n.º 32/2006 de 26 de Julho do Ministério da Saúde*, 2006; Santos & Moura-Ramos, 2010). Face aos diferentes tipos de tratamento, compete ao médico responsável, e tal como é decretado no artigo 11.º do capítulo II do Decreto de Lei 32/2006 de 26 de Julho “*propor aos beneficiários a técnica de PMA que, cientificamente, se afigure mais adequada quando outros tratamentos não tenham sido bem-sucedidos, não ofereçam perspectivas de êxito ou não se mostrem convenientes segundo os preceitos do conhecimento médico*” (p. 5246).

A incapacidade de conceber uma criança para os indivíduos ou casais que esperam começar uma família é descrita como uma experiência indutora de *stress*, psicologicamente ameaçadora e tida como um momento de crise, uma experiência muitas vezes desoladora e decepcionante (Campus, 2011; Cousineau & Domar, 2007; Domar et al., 2012; Ramazanzadeh, Nourbala, Abedinia, & Naghizadeh, 2009; Yazdani, Kazemi, & Ureizi-samani, 2016), levando a que a infertilidade inclua não só problemas médicos mas também emocionais, como depressão, ansiedade e *stress* (De Berardis et al., 2014; Ramazanzadeh et al., 2009). Assim, o *stress* psicológico é muitas vezes visto como resultado natural da infertilidade apresentando-se sob a forma de um indutor de *stress* agudo ou crónico (Patel et al., 2016). Tal não é de estranhar uma vez que a infertilidade não ocorre no vazio, sendo que na sociedade existe um grande valor colocado na fertilidade e no papel parental (Cousineau & Domar, 2007; Greil, Slauson-Blevins, & McQuillan, 2010; van den Akker, 2001).

Apesar da existência de vários estudos sobre a relação entre a infertilidade e a psicopatologia, não existe um consenso relativamente aos resultados, indicando alguns

estudos mais semelhanças do que diferenças entre casais com infertilidade e grupos de controlo no que diz respeito à psicopatologia (Biringer, Howard, Kessler, Stewart, & Mykletun, 2015; Eugster & Vingerhoets, 1999; Greil, 1997). Apesar destes resultados, outros estudos revelam que, quer a infertilidade, quer o seu tratamento, podem ser considerados indutores de *stress* crónicos com consequências sociais e psicológicas negativas (Schmidt, 2009), podendo a infertilidade estar associada a sintomas depressivos (Drosdzol & Skrzypulec, 2009; Galhardo, Cunha, & Pinto-Gouveia, 2011; Matsubayashi, Hosaka, Izumi, Suzuki, & Makino, 2001) e ansiosos (Drosdzol & Skrzypulec, 2009; Matsubayashi et al., 2001). Para muitas pessoas, o próprio diagnóstico de infertilidade, pode levar a uma experiência emocional semelhante ao processo de luto pela uma perda de alguém, sendo que neste caso em particular a perda pode corresponder a uma forma de vida esperada, um objectivo de vida ou uma experiência de gravidez (Sherrod, 2004). Tal decorre do facto da parentalidade ser percebida para muitos como um objectivo de vida importante (Galhardo, Moura-Ramos, Cunha, & Pinto-Gouveia, 2015) sendo que, tal como é referido por Gilbert (2006), a incapacidade de alcançar esse objectivo pode levar a percepções de derrota.

Assim, a infertilidade é um evento de vida indutor de *stress* e os sintomas depressivos são respostas normais à crise de vida do casal (Chiaffarino et al., 2011; Volgsten, Svanberg, Ekselius, Lundkvist, & Poroma, 2008), visto que, apesar dos elevados níveis de emocionalidade negativa, a maioria dos casais tende a ajustar-se emocionalmente à condição de infertilidade e ao fracasso dos tratamentos (Verhaak, Lintsen, Evers, & Braat, 2010).

Devido às consequências emocionais da infertilidade, o ajustamento parental tem sido alvo de vários estudos uma vez que este é um aspeto importante do funcionamento familiar, estando muitas vezes associado ao próprio ajustamento psicológico das crianças (Blake, Jadvá, & Golombok, 2014). Se por um lado, as crianças com pais deprimidos ou ansiosos já podem ter uma predisposição genética para o desenvolvimento de psicopatologia (Blake, Casey, Readings, Jadvá, & Golombok, 2010; Blake et al., 2014), por outro lado, estes pais podem expor as crianças a afetos, cognições e comportamentos negativos, colocando-as em risco elevado de desenvolvimento de psicopatologia (Blake et al., 2014).

Para além do estudo do ajustamento psicológico dos casais face à infertilidade e das possíveis ligações deste com o desenvolvimento dos filhos, os tratamentos de fertilidade têm também sido alvo de vários estudos, uma vez que o *stress* associado à infertilidade

pode ser agravado pelos próprios tratamentos, podendo estes ser demorados, intensos, dispendiosos e frustrantes (Domar et al., 2012; Peterson, Newton, Rosen, & Skaggs, 2006).

A presença de sintomatologia depressiva (Chiaffarino et al., 2011; Volgsten et al., 2008) e ansiosa pode ocorrer durante os tratamentos de fertilidade (Chiaffarino et al., 2011; Lykeridou et al., 2009; Moura-ramos, Gameiro, Soares, & Santos, 2010; Volgsten et al., 2008), nomeadamente em mulheres. Nestas os níveis de ansiedade e depressão tendem a subir significativamente ao longo do tratamento (Chiaffarino et al., 2011). Para além da sintomatologia depressiva e ansiosa presente nos tratamentos, o *stress* é também uma consequência emocional, podendo este ter um impacto negativo no ajustamento e bem-estar psicológico dos pais e interferir no ajustamento parental quando uma criança tão esperada chega (Daniels, 2005).

O ajustamento psicológico dos pais que conceberam de modo natural e por recurso a gâmetas de dador pode ser diferente devido a aspetos inerentes à parentalidade por gâmetas de dador. Tal pode dever-se ao facto de em famílias criadas por gâmetas de dador, as crianças não terem ligação genética com um dos pais (Blake et al., 2010, 2014), e o processo de parentalidade ser inequivocamente diferente, uma vez que a grande maioria destes pais apresenta infertilidade e realizou vários tratamentos, alguns durante anos (Blake et al., 2014).

Para além da sintomatologia depressiva e ansiosa associada à infertilidade e aos seus tratamentos, quando os tratamentos envolvem gâmetas de dador existe uma preocupação adicional: contar à criança as suas origens (Daniels, Grace, & Gillett, 2011) ou manter o segredo (Blyth, Langridge, & Harris, 2010).

Face a esta preocupação dos pais, tendencialmente a maioria não revela às crianças as suas origens (Freeman & Golombok, 2012; Lycett, Daniels, Curson, & Golombok, 2005). No entanto, na última década tem havido uma mudança em relação a este assunto, emergindo uma forte tendência a favor da decisão de revelar a forma de conceção (Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2004). O Comité de Ética da Associação Americana de Medicina Reprodutiva considera que a divulgação à criança sobre a origem da sua conceção e, se possível, das características dos dadores (nos países em que assim é permitido), pode servir o melhor interesse da criança (Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2013), sendo esta opinião corroborada por resultados de vários estudos que mostram existir, mais recentemente, uma maior divulgação às crianças sobre o modo

como estas foram concebidas (Golombok, Blake, Casey, Roman, & Jadva, 2013; Söderström-Anttila, Sälevaara, & Suikkari, 2010).

Esta diferença de paradigma é encontrada entre estudos do início da década de 2000 e estudos mais recentes.

Um estudo de Murray & Golombok (2003), efetuado com 17 famílias que recorreram à doação de ovócitos, com crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 8 anos, identificou que das 17 famílias nenhuma tinha contado à criança a origem da sua conceção, 47% tinha decidido não contar e 24% estavam indecisas quanto a este assunto. Um outro estudo, publicado em 2005 por Lycett, Daniels, Curson, e Golombok, tendo como amostra 46 famílias que recorreram a inseminação intrauterina por doação de esperma, com crianças com idades entre os 4 e os 8 anos de idade, concluiu que 43% das famílias não queria contar à criança e 17% estavam ainda indecisos, sendo que apenas 13% tinham intenção de contar e 26% não estavam certos na sua decisão.

Mais recentemente, um estudo de Söderström-Anttila et al., (2010) com 167 mães e 163 pais concluiu que a maior parte dos progenitores tinha contado (24,8% das mães e 22% dos pais) ou tinham como intenção contar à criança o modo como esta tinha sido concebida (41% das mães e 38% dos pais), sendo que poucos tinham sido os que não tinham contado e não o queriam fazer (14,2% das mães e 15% dos pais).

De igual forma, num outro estudo longitudinal, com 215 indivíduos que recorreram à doação de ovócitos ou à doação de esperma e que responderam a um questionário relativo à divulgação à criança do seu processo de conceção, 16% tinha contado, 78% tinha intenção de o fazer, apenas 2% não o queria fazer, sendo que 4% ainda de encontravam indecisos (Isaksson, Sydsjö, Skoog Svanberg, & Lampic, 2012).

A decisão de contar ou não contar às crianças não é uma decisão fácil (Blake et al., 2014), sendo esta uma decisão autónoma, voluntária, e que depende dos pais, mesmo nos países em que a doação não é anónima (Baccino, Salvadores, & Hernández, 2013; Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2004; Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2013).

Nas décadas de 80/90 do séc. XX, a literatura focava-se principalmente nesta questão, sendo efetuados desde então vários levantamentos do modo como os pais diziam às crianças e (em menor grau), dos fatores que influenciavam a sua decisão (Daniels et al., 2011). Apesar deste menor grau de conhecimento relativo às motivações

ou fatores capazes de influenciar o processo de tomada de decisão, atualmente já é possível identificar algumas motivações transversais a diversos estudos.

Entre as motivações que estão por detrás da decisão de contar à criança, a literatura aponta o direito da criança saber as suas origens como um dos argumentos mais utilizados a favor da revelação (Baccino et al., 2013; Benward, 2015; Blyth et al., 2010; Dorothy, Greenfeld, & Klock, 2004; Hargreaves & Daniels, 2007; Hershberger, Klock, & Barnes, 2007; Indekeu et al., 2013; Isaksson, Skoog-Svanberg, Sydsjö, Linell, & Lampic, 2016; Lalos, Gottlieb, & Lalos, 2007; Lindblad, Gottlieb, & Lalos, 2000; E. Lycett et al., 2005; Readings, Blake, Casey, Jadvá, & Golombok, 2011; Sälevaara, Suikkari, & Söderström-Anttila, 2013; Söderström-Anttila et al., 2010), sendo que este direito pode ser importante para a identidade da criança e para as suas escolhas na vida adulta (Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2013).

Por outro lado, a abertura e honestidade no seio familiar (Baccino et al., 2013; Blyth et al., 2010; Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2004; Hahn, Sandra Jane; Craft-Rosenberg, 2002; Hunter, Salter-Ling, & Glover, 2000; Indekeu et al., 2013; Laruelle, Place, Demeestere, Englert, & Delbaere, 2011; Lindblad et al., 2000; E. Lycett et al., 2005; Readings et al., 2011; Sälevaara et al., 2013; Söderström-Anttila et al., 2010) e o desejo de evitar que o/a filho/a soubesse por outros que tivessem conhecimento acerca do recurso gâmetas de dador são também apontadas como razões para contar à criança (Baccino et al., 2013; Benward, 2015; Blyth et al., 2010; Hershberger et al., 2007; Hunter et al., 2000; Lalos et al., 2007; Laruelle et al., 2011; Lindblad et al., 2000; Lycett et al., 2005; Murray & Golombok, 2003; Readings et al., 2011; Söderström-Anttila et al., 2010).

De mencionar ainda que os pais referem que a divulgação ajuda a evitar segredos na família, uma vez que estes, por um lado podem prejudicar relacionamentos familiares e, por outro, podem levar à existência de tensões ao longo da vida (Hahn, Sandra Jane; Craft-Rosenberg, 2002; Lindblad et al., 2000). Apesar do medo ainda referido por alguns casais de que a divulgação sobre a conceção com recurso a gâmetas de dador possa ameaçar o bem-estar e as relações familiares da criança, o segredo pode ter um efeito prejudicial semelhante (Freeman & Golombok, 2012).

Assim, quer a influência positiva que a divulgação possa ter no sentido da criança compreender a sua identidade, quer a inexistência de tensões resultantes do segredo, podem ser consideradas como vantagens da divulgação, quer para a criança, quer para o meio familiar.

Face à decisão de não contar à criança, as motivações são variadas, no entanto, algumas das referenciadas de um modo mais sistemático incluem a maior importância dada à maternidade/paternidade do que à genética (Dorothy et al., 2004; Lalos et al., 2007; Lindblad et al., 2000; Lycett et al., 2005; Murray & Golombok, 2003; Readings et al., 2011; Sälevaara et al., 2013; Söderström-Anttila et al., 2010) e o receio que o/a filho/a não considere o progenitor não genético como seu/sua pai/mãe e o/a rejeite (Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2004; Lycett et al., 2005; Murray & Golombok, 2003). Para além destas, são ainda identificadas, o desejo de não prejudicar a relação que a criança tem com os pais (Dorothy et al., 2004; Laruelle et al., 2011; Lycett et al., 2005; Sälevaara et al., 2013) e a crença de que contar possa ser prejudicial para a criança (Lalos et al., 2007; Lycett et al., 2005; Murray & Golombok, 2003; Readings et al., 2011; Söderström-Anttila et al., 2010).. No que respeita a esta última motivação, é referido que a criança poderia ficar confusa com a informação relativa ao processo de doação, existindo o desejo de proteger a criança desta possibilidade (Lalos et al., 2007; Lycett et al., 2005; Murray & Golombok, 2003; Readings et al., 2011; Söderström-Anttila et al., 2010).

Apesar destes últimos argumentos serem referidos por vários estudos, a investigação relativa à influência da divulgação/secredo no desenvolvimento psicológico das crianças e nas relações familiares demonstra a ausência de impacto negativo da divulgação no bem-estar psicológico das crianças e na qualidade das relações familiares (Freeman & Golombok, 2012; Lycett, Daniels, Curson, & Golombok, 2004; Nachtigall, Becker, Quiroga, & Tschann, 1998; Nachtigall, Pitcher, Tschann, Becker, & Quiroga, 1997).

Em Portugal a investigação relativa às motivações que levam os casais que recorrem a gâmetas de dador a contar ou não aos seus filhos a sua origem genética é escassa ou mesmo inexistente.

Deste modo, o presente estudo tem como objetivo principal o desenvolvimento de um questionário que permita a compreensão dos principais motivos que influenciam o processo de tomada de decisão destes casais, o Questionário de Motivações para Revelar/Não Revelar a Parentalidade não Genética por Doação de Gâmetas (QMRDG). Em relação a este instrumento, uns dos objetivos remete-se ao estudo da sua validade facial. O QMRDG pretende ser um instrumento futuramente utilizado na prática clínica durante o processo de tratamentos de fertilidade que envolvam o recurso a gâmetas de dador.

Para além do objetivo central acima referido, procurar-se-á também explorar a relação entre o ajustamento psicológico, medidos através das Escalas de Depressão, Ansiedade e *Stress*, eficácia parental, satisfação com a parentalidade e sentido de competência parental, medidos através da Escala de Sentido de Competência Parental, em sujeitos que recorreram a gâmetas de dador e o estado face à decisão de contar às crianças a origem da sua conceção dos três grupos em estudo (pais que já contaram, pais que decidiram não contar e pais que ainda não contaram).

## Material e Métodos

### *Participantes*

A população-alvo deste estudo é constituída por pais que realizaram tratamentos de fertilidade com recurso a gâmetas de dador, dos quais tenha resultado o nascimento de uma criança.

A amostra deste estudo exploratório é constituída por 21 indivíduos que recorreram a tratamentos de fertilidade com recurso a gâmetas de dador, sendo 20 participantes do sexo feminino e 1 do sexo masculino.

A Tabela 1 apresenta as características demográficas dos participantes. As idades destes variaram entre 30 e 49 anos, com  $M = 40,14$  e  $DP = 4,83$ . Relativamente aos anos de escolaridade o número mínimo de anos de escolaridade foi de 9 anos e o máximo de 23 anos, com  $M = 15,76$  e  $DP = 3,83$ . Face aos anos de casamento/união de facto a média foi de 10,38 associado a um desvio-padrão de 6,07. Relativamente às crianças, 12 eram do sexo feminino (57,1%) e 9 eram do sexo masculino (42,9%), sendo que a idade mínima foi de 0 anos e a idade máxima de 14 anos, com  $M = 3,33$  e  $DP = 3,59$ .

Tabela 1

### *Características demográficas dos participantes*

	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade	40,14	4,83
Anos de escolaridade	15,76	3,83
Anos de casamento/União de facto	10,38	6,07
Idade do(a) seu(sua) filho(a)	3,33	3,59



No que respeita às variáveis clínicas, estas são apresentadas na Tabela 2. O tipo de infertilidade mais comum foi o fator de infertilidade masculina com 9 indivíduos a identificarem este tipo de infertilidade presente no casal, contra 4 indivíduos a identificarem infertilidade feminina, 3 a identificarem infertilidade masculina e feminina e 5 a identificarem fator desconhecido. O tipo de tratamento mais utilizado foi a injeção intracitoplasmática (ICSI) com gâmetas de dador,  $n = 9$ , seguido da fertilização *in vitro* (FIV) com gâmetas de dador,  $n = 8$ , e da inseminação intrauterina (IIU) com gâmetas de dador,  $n = 4$ .

Tabela 2

*Características clínicas dos participantes*

	N	%
Tipo de infertilidade		
Fator masculino	9	42,9
Fator feminino	4	19,0
Fator masculino e feminino	3	14,3
Fator desconhecido	5	28,8
Tipo de tratamento		
FIV com gâmetas de dador	8	38,1
ICSI com gâmetas de dador	9	2,9
IIU com gâmetas de dador	4	19,0
Tipo de gâmeta de dador usado		
Espermatozoides	13	61,9
Ovócitos	7	33,3
Espermatozoides e ovócitos	1	4,8

*Notas:* FIV = Fertilização *in vitro*; ICSI = Injeção intracitoplasmática; IIU = Inseminação intrauterina.

Face ao tipo de gâmeta utilizado pelo casal, 13 (61,9%) indivíduos recorrem a doação de espermatozoides, 7 (33,3%) indivíduos recorreram a doação de ovócitos e 1 (4,8%) a doação de ambos os gâmetas.

### *Procedimentos*

Em virtude do principal objetivo deste estudo foi necessário o contacto formal com instituições diretamente ligadas ao tema da infertilidade, nomeadamente a Associação Portuguesa de Fertilidade (APFertilidade). No contacto formal encontravam-se redigidos o âmbito, os objetivos, e os procedimentos da presente investigação, sendo solicitada a colaboração relativa à divulgação do estudo. A APFertilidade respondeu favoravelmente a esta solicitação e procedeu à divulgação do estudo (anexo 1) através do seu Fórum constante da página *web*, página da rede social *Facebook* e *newsletter*.

Neste contexto, os participantes foram recrutados a partir da divulgação do estudo pela APFertilidade, na qual era apresentado o estudo e disponibilizado um *link* de acesso a uma plataforma *online*. Uma vez acedida a plataforma era solicitado o consentimento informado, condição obrigatória para proceder com o preenchimento dos instrumentos de autorresposta que compuseram a bateria do presente estudo (apêndice 1).

Para o desenvolvimento deste estudo, e face à inexistência de investigações com recurso a métodos de avaliação quantitativos, foi necessário o desenvolvimento de um instrumento que permitisse avaliar os potenciais motivos que influenciam o processo de tomada de decisão dos casais que recorrem a gâmetas de dador em contar ou não aos seus descendentes a origem da sua conceção - Questionário de Motivações para Revelar/Não Revelar a Parentalidade Não-Genética por Doação de Gâmetas (QMRDG) (Marques & Galhardo, 2016) (apêndice 2).

Tendo por base uma revisão da literatura sobre as motivações que influenciaram o processo de tomada de decisão dos pais que recorreram a tratamentos de fertilidade com gâmetas de dador (Baccino et al., 2013; Blyth et al., 2010; Dorothy et al., 2004; Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2004; Fertility Counseling, 2015; Hahn, Sandra Jane; Craft-Rosenberg, 2002; Hargreaves & Daniels, 2007; Hershberger et al., 2007; Hunter et al., 2000; Indekou et al., 2013; Isaksson et al., 2016; Lalos et al., 2007; Laruelle et al., 2011; Lindblad et al., 2000; Lycett et al., 2005; Murray & Golombok, 2003; Readings et al., 2011; Sälevaara et al., 2013; Söderström-Anttila et al., 2010), entre eles algumas revisões sobre o tema, procedeu-se ao desenvolvimento de um questionário com as motivações para contar e para não contar, referidas de um modo mais sistemático nos estudos consultados.

Com base nos resultados dos estudos qualitativos, foram elaborados 11 itens correspondentes a aspetos que tenham sido considerados para a decisão de revelar a

origem não genética e 9 itens referentes a aspetos que possam contribuir para a decisão de não revelar. Os diferentes itens são respondidos numa escala de 5 pontos, indo de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente), sendo solicitada a indicação do grau de concordância relativamente a tratar-se de uma razão importante para a decisão. Uma terceira versão deste questionário engloba a totalidade dos itens e dirige-se a pessoas que não tenham ainda tomado uma decisão.

Assim, consoante a tomada de decisão do casal, o participante respondeu a uma componente específica do questionário: no caso dos casais que contaram responderam à componente referente às razões apontadas pela literatura que levam a que o casal conte, no caso dos casais que não tinham contado por não quererem que o(a) filho(a) soubesse responderam à componente referente às razões apontadas para que o casal tome esta decisão e, por último, no caso dos casais que ainda não tinham contado devido à idade da criança ou por se encontrarem indecisos, responderam à componente do questionário que incluía razões para revelar e razões para não revelar.

Para além deste instrumento, foi considerado importante avaliar o ajustamento psicológico dos pais, através da utilização da adaptação da Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* (EADS) de 21 itens (Lovibond & Lovibond, 1995; versão portuguesa de Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004), assim como o sentido de competência parental através da Escala de Sentido de Competência Parental (Guibaud-Wallston & Wandersman, 1978; versão portuguesa de Seabra-Santos et al., (2015).

Para tal, e de acordo com os procedimentos éticos e formais procedeu-se ao pedido de autorização do uso das escalas aos autores (apêndice 3).

Deste modo, o protocolo deste estudo é constituído por 4 questionários: questionário sociodemográfico, que inclui perguntas referentes aos pais, à criança e ao processo de tomada de decisão, o Questionário de Motivações para Revelar/Não Revelar a Parentalidade Não-Genética por Doação de Gâmetas - QMRDG, a Escala de Depressão, Ansiedade e *Stress* de 21 itens – EADS-21, e a Escala de Sentido de Competência Parental.

### *Instrumentos*

- ***Questionário de Motivações para Revelar/Não Revelar a Parentalidade Não-Genética por Doação de Gâmetas (QMRDG)*** (Marques & Galhardo, 2016) – este instrumento propõe-se avaliar as motivações que poderão influenciar o processo de tomada de decisão de contar às crianças o modo como estas foram concebidas por parte

dos pais que recorreram a gâmetas de dador. Este questionário é dividido em três diferentes componentes: uma primeira parte dirigida aos pais que já contaram às crianças (composta por 9 itens), uma segunda parte dirigida aos pais que decidiram não contar (composta por 11 itens) e uma terceira parte dirigida aos pais que ainda não contaram (composta por 20 itens, correspondendo estes ao agrupamento dos itens das duas primeiras componentes). Cada item é respondido numa escala de 5 pontos a variar de 1= Discordo totalmente a 5 = Concordo totalmente.

No presente estudo, a QMRDG apresenta uma consistência interna, avaliada através do alfa de Cronbach, de 0,87 para a parte dirigida aos pais que contaram às crianças e 0,86 para a parte dirigida aos pais que decidiram não contar.

- *Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (EADS-21)* (Lovibond & Lovibond, 1995); versão portuguesa de Pais-Ribeiro et al., 2004) – propõe-se avaliar os sintomas de depressão, ansiedade e *stress* sendo constituída por três escalas: uma escala relativa à depressão, que a avalia por perda de autoestima e motivação (por associação a percepção de baixa probabilidade de alcançar objetivos de vida que sejam significativos para o indivíduo enquanto pessoa), uma escala referente à ansiedade, que ressalta as ligações entre os estados persistentes da ansiedade e respostas de medo, e uma última escala, a escala relativa ao *stress* que o avalia em função dos estados de excitação e tensão persistentes com baixo nível de resistência à frustração e desilusão (Pais-Ribeiro et al., 2004).

A versão utilizada neste estudo foi a EADS-21, sendo esta uma versão reduzida do instrumento original de 42 itens.

Cada escala deste questionário é constituída por 7 itens, com diversos conceitos cada (depressão – disforia, desânimo, desvalorização da vida, autodepreciação, falta de interesse ou de envolvimento, anedonia e inércia; ansiedade - excitação do sistema autónomo, efeitos músculo esqueléticos, ansiedade situacional e experiências subjetivas de ansiedade, e *stress* - dificuldade em relaxar, excitação nervosa, facilmente agitado/chateado, irritável/reacção exagerada e impaciência) (Pais-Ribeiro et al., 2004). Cada item é referente a sintomas emocionais negativos ocorridos na semana anterior, sendo respondido numa escala tipo Likert de gravidade ou frequência, com quatro opções, de 0 a 4: “não se aplicou nada a mim”, “aplicou-se a mim algumas vezes”, “aplicou-se a mim muitas vezes” e “aplicou-se a mim a maior parte das vezes” (Pais-Ribeiro et al., 2004).

O resultado de cada escala é determinado a partir da soma dos resultados dos sete itens, fornecendo a escala três diferentes resultados, um por cada subescala. Resultados mais elevados em cada escala correspondem a estados afectivos mais negativos (Pais-Ribeiro et al., 2004).

A EADS-21 apresenta boas características psicométricas com uma consistência interna de 0,85 para a escala de depressão, 0,74 para a escala de ansiedade e 0,81 para a escala de *stress*.

No presente estudo, a EADS-21 apresenta igualmente uma boa consistência interna com valores de alfa de Cronbach 0,89 para a escala de depressão, 0,90 para a escala de ansiedade e de 0,93 para a escala de *stress*.

- ***Escala de Sentido de Competência Parental*** – esta escala originalmente desenvolvida por Guibaud-Wallston & Wandersman (1978) e mais tarde validada por Johnston e Mash (1989), avalia o sentido de competência parental (Johnston & Mash, 1989).

Atualmente, e após estudos de validação nos quais foi excluído o item 17, a escala divide-se em duas subescalas: subescala “Satisfação com a parentalidade” que avalia o sentido de competência parental, a subescala de “Eficácia” que avalia a eficácia sentida no exercício do papel parental (Seabra-Santos et al., 2015). A escala original apresenta uma boa consistência interna, quer no total da escala quer nas subescalas de “Satisfação” e “Eficácia”, respetivamente com alfa de Cronbach de 0,79; 0,75 e 0,76 (Johnston & Mash, 1989).

Cada item da é respondido num escala de 5 pontos que varia entre “Concordo plenamente” e “Discordo plenamente” (Seabra-Santos et al., 2015). Os itens 1, 4, 6, 10, 11, 13, 16 e 17 são invertidos (Seabra-Santos et al., 2015).

O resultado total bem como o resultado das subescalas obtêm-se através da soma das cotações dos itens que entram nas respetivas composições, com inversão dos itens supracitados (Johnston & Mash, 1989; Seabra-Santos et al., 2015). A um resultado mais elevado corresponde um maior sentido de competência parental (Seabra-Santos et al., 2015).

A adaptação desta escala, tal como na versão original, exclui o item 17 e mantém duas subescalas: satisfação com a parentalidade e eficácia, apresentando, respetivamente uma consistência interna de 0,75 (9 itens) e 0,72 (7 itens). A escala total (16 itens) apresenta uma consistência interna de 0,76 (Seabra-Santos et al., 2015).

No presente estudo, a PSOC apresenta uma consistência interna de 0,95 para a escala total (com exclusão do item 17), 0,95 para a subescala eficácia e de 0,90 para a subescala de satisfação com a parentalidade.

#### *Análise estatística*

A análise estatística dos dados foi realizada por recurso ao *Software SPSS Statistics* (v.23; IBM SPSS Statistics).

Para efeitos de descrição da amostra recorreu-se ao cálculo de médias e desvios padrão para as variáveis contínuas e de frequências e respetivas percentagens para as variáveis categoriais.

No que respeita às variáveis que compuseram o QMRDG foram também calculadas as frequências e respetivas percentagens.

Procedeu-se à análise de correlações de Spearman para efeitos e averiguação de existência de associação entre as variáveis em estudo.

Realizou-se ainda uma análise correlacional de Kruskal-Wallis a fim de investigar as diferenças das variáveis em estudo (depressão, *stress*, ansiedade, e sentido de competência parental), seguido da comparação múltipla das médias das ordens como recomendado por Marôco (2011).

Em todas as análises foi considerado um nível de significância de .05.

### **Resultados**

Face à decisão dos pais de contar ou não contar às crianças a origem da sua conceção, 4 pais referiram que contaram, 5 referiram a decisão de não contar à criança e 12 referiram ainda não ter contado à criança, de entre os quais 7 (58%) não contaram pelo facto de a criança ser muito pequena e 5 (42%) não contaram por ainda não decidido se vão ou não contar (Tabela 3).

Relativamente à decisão de contar à criança, a idade da criança quando a divulgação ocorreu variou entre os 3 e os 5 anos, com  $M = 3,75$  e  $DP = 0,96$ .

Tabela 3

*Conhecimento da criança da origem da sua concepção*

	N	%
A criança sabe da origem da sua concepção		
Sim	4	19,0
Não, decidimos não contar	5	23,8
Não, ainda não lhe contamos	12	57,1

Face à decisão de contar à criança, considerando uma escala de 5 pontos, em que 1 = Discordo totalmente e 5 = Concordo totalmente, os pais que decidiram contar revelam uma média de acordo entre o casal de 3 associada a um desvio-padrão de 2,31, enquanto que os pais que decidiram não contar revelam uma média de acordo entre o casal de 4,20 associada a um desvio-padrão de 1,10. Relativamente à dificuldade do processo de tomada de decisão, os pais que contaram apresentam uma média de 2,75 com um desvio-padrão de 1,26 enquanto que os pais que não contaram apresentam uma média de 4,20 e um desvio-padrão de 1,79 (Tabela 4).

Tabela 4

*Processo da tomada de decisão*

	<i>M</i>	<i>DP</i>
Sim ( <i>N</i> = 4)		
1. Houve acordo entre o casal	3	2,31
2. Tratou-se de um assunto sobre o qual o casal refletiu em conjunto	3	2,31
3. Tratou-se de uma decisão difícil	2,75	1,26
4. Contar ao vosso filho foi um processo gradual, ou seja, foram reveladas em diferentes partes em diferentes momentos	5	0,00

Não, decidimos não lhe contar ( $N = 5$ )		
1. Houve acordo entre o casal	4,20	1,10
2. Tratou-se de um assunto sobre o qual o casal refletiu	3,60	1,67
3. Tratou-se de uma decisão difícil	4,20	1,79

As frequências relativas ao processo de tomada de decisão encontram-se na Tabela 5. Tendo em conta a escala de resposta, considerando as respostas “Concordo” e “Concordo totalmente” como sendo as respostas que indicam uma maior identificação dos participantes com a motivação, relativamente ao acordo entre o casal no processo de tomada de decisão, dos pais que já contaram 50% dos participantes refere ter havido concordância entre o casal na decisão, contra 60% dos pais que decidiram não contar.

Relativamente a este ter sido um assunto sobre o qual o casal refletiu em conjunto, 50% dos pais que já contaram referem a existência de reflexão em conjunto, contra 60% dos pais que decidiram não contar.

Face à tomada de decisão como um processo difícil, 25% dos pais que decidiram contar indicam-na como tal, contra 80% dos pais que decidiram não contar.

Relativamente ao modo como os pais que já contaram às crianças, 100% indicam “concordo plenamente” com a afirmação “Contar ao vosso filho foi um processo gradual, ou seja, foram reveladas em diferentes partes em diferentes momentos”.

Tabela 5

*Frequências do processo de tomada de decisão*

	Discordo totalmente		Discordo		Nem conc. nem disc.		Concordo		Concordo plenamente	
	$N$	%	$n$	%	$N$	%	$n$	%	$n$	%
Sim ( $N = 4$ )										
1.	2	50							2	50
2.	2	50							2	50
3.	1	25	2	50			1	25		
4.									4	100



Não, decidimos  
não lhe contar ( $N$   
= 5)

1.	2	40					3	60	
2.	1	20		1	20	1	20	2	40
3.	1	20						4	80

A Tabela 6 apresenta as frequências e respectivas percentagens das motivações dos pais para contarem às crianças a origem da sua conceção com recurso a gâmetas de dador ( $N = 4$ ). A partir da soma das frequências pelos itens “Concordo Totalmente” e “Concordo”, os motivos que mais influenciaram a tomada de decisão dos pais foram os motivos 1. *Não tínhamos razões para omitir, sempre foi claro contar ao(a) nosso(a) filho(a) como ele(a) tinha sido concebido(a)*, ( $N = 4$ ), 3. *Consideramos que devemos ser tão honestos quanto possível, valorizamos a abertura e a honestidade no seio familiar, ao não contar estaríamos a ser desonestos com o(a) nosso(a) filho(a)* ( $N = 4$ ), 4. *Todos temos o direito de conhecer as nossas origens, esta informação faz parte da história do(a) nosso(a) filho(a)*, ( $N = 4$ ) e 7. *Consideramos que a transparência ajuda a que o(a) nosso(a) filho(a) se sinta seguro(a) e confiantes no seio familiar* ( $N = 4$ ). De entre as motivações anteriormente mencionadas, denota-se a motivação 3 com uma menor variabilidade, sendo que todos os participantes referem “concordar totalmente” com esta afirmação.

Tabela 6

*Frequências das motivações para contar à criança ( $N = 4$ )*

QMRDG	Discordo totalmente		Discordo		Nem disc. nem conc.		Concordo		Concordo totalmente	
	$n$	%	$n$	%	$N$	%	$n$	%	$n$	%
Item 1.							2	50	2	50
Item 2.	1	25	1	25	1	25	1	25	1	25
Item 3.									4	100
Item 4.	0		0		0		1	25	3	75

Item 5.	1	25						3	75	
Item 6.	0		0		1	25	1	25	2	50
Item 7.							1	25	3	75
Item 8.			1	25	2	50			1	25
Item 9.	2	50	1	25	1	25				
Item 10.			1	25	1	25			2	50
Item 11.			1	25	1	25	1	25	1	25

Na Tabela 7 encontram-se apresentadas as frequências e respectivas percentagens das motivações que estiveram na base da tomada de decisão dos pais ( $N = 5$ ) para não contarem às crianças a origem da sua conceção com gâmeta de dador. A motivação que mais influenciou o processo de tomada de decisão foi a motivação 2. *Esta informação diz respeito a algo puramente genético* ( $N = 4$ ), apresentando esta uma menor variabilidade nas respostas. Para além desta motivação, as motivações 5. *Contar poderia ser prejudicial para o(a) nosso(a) filho(a), ele(a) não iria compreender o processo de doação e poderia ficar confuso(a)* ( $N = 4$ ), 6. *Não queremos que o(a) nosso(a) filho(a) sinta que eu/meu companheiro(a) não sou/é pai/mãe dele(a) e me/o rejeite* ( $N = 4$ ) e 7. *Não queremos prejudicar a relação que o nosso filho tem connosco. Temos medo que contar possa ter um impacto negativo nessa relação*, ( $N = 4$ ) foram também motivações que apresentaram frequências superiores nas possibilidades de resposta “Concordo” e “Concordo Totalmente”.

Tabela 7

*Frequências das motivações para não contar à criança ( $N = 5$ )*

	Discordo totalmente		Discordo		Nem disc. nem conc.		Concordo		Concordo totalmente	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
Item 1					1	20	20		3	60
Item 2							1	20	4	60
Item 3			1	20	1	20			3	60

Item 4	1	20	1	20	1	20			2	40
Item 5					1	20	1	20	3	60
Item 6	1	20					1	20	3	60
Item 7	1	20					1	20	3	60
Item 8	2	40	1	20	1	20			1	20
Item 9			1	20			2	40	2	40

A Tabela 8 apresenta as motivações que se encontram no presente momento a influenciar a decisão dos pais que ainda não contaram às crianças a origem a sua concepção ( $N = 12$ ) ou por estas serem ainda muito pequenas ( $N = 7$ ) ou por ainda não terem decidido se vão ou não fazê-lo ( $N = 5$ ). Partindo da soma das frequências dos pontos “Concordo totalmente” e “Concordo” da escala utilizada obtiveram-se as motivações que mais se encontram a influenciar a decisão destes pais sendo estas as motivações 12. *Consideramos que a transparência ajuda a que o(a) nosso(a) filho(a) se sinta segundo e confiante no seio familiar* ( $N = 12$ ), 14. *Todos temos o direito de conhecer as nossas origens, esta informação faz parte da história do(a) nosso(a) filho(a)* ( $N = 10$ ) e 1. *Consideramos que devemos ser tão honestos quanto possível, valorizamos a abertura e a honestidade no seio familiar, ao não contar estaríamos a ser desonestos com o(a) nosso(a) filho(a)* ( $N = 9$ ). Para além destas as motivações 3. *Os segredos na família podem ser muito prejudiciais, manter este segredo implicaria um grande esforço a nível comportamental e emocional* ( $N = 8$ ), 4. *Esta informação diz respeito a algo puramente genético* ( $N = 8$ ), 18. *Quisemos evitar que o(a) nosso(a) filho(a) soubesse por outros, considerámos que devíamos ser nós a contar porque já muitas pessoas sabiam* ( $N = 8$ ) e 20. *Não tínhamos razões para omitir, sempre foi claro contar ao(a) nosso(a) filho(a) como ele(a) tinha sido concebido(a)* ( $N = 8$ ) apresentaram também elevadas frequências. No entanto, nestes itens existiu uma maior variabilidade de respostas.

Tabela 8

*Frequências das motivações que estão a influenciar o processo de tomada de decisão (N = 12)*

	Discordo totalmente		Discordo		Nem disc. nem conc.		Concordo		Concordo totalmente	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
Item 1			1	8,3	2	16,7	6	50	3	25
Item 2	8	66,7	2	16,7	1	8,3			1	8,3
Item 3	1	8,3	1	8,3	2	16,7	4	33,3	4	33,3
Item 4			2	16,7	2	16,7	2	16,7	6	50
Item 5	4	33,3	3	25	3	25	2	16,7		
Item 6	2	16,7	1	8,3	6	50	3	25		
Item 7	2	16,7	2	16,7	2	16,7	4	33,3	2	16,7
Item 8	5	41,7	4	33,3			2	16,7	1	8,3
Item 9	4	33,3	3	25	2	16,7	2	16,7	1	8,3
Item 10	5	41,7	2	16,7	1	8,3	2	16,7	2	16,7
Item 11	3	25	2	16,7	1	8,3	3	25	3	25
Item 12							5	41,7	7	58,3
Item 13	5	41,7	4	33,3	3	25				
Item 14					2	16,7	5	41,7	5	41,7
Item 15	3	25	5	41,7	2	16,7	2	16,7		
Item 16	2	16,7	4	33,3	2	16,7	4	33,3		
Item 17	3	25	4	33,3	1	8,3	2	16,7	2	16,7
Item 18			1	8,3	3	25	4	33,3	4	33,3
Item 19	2	16,7	2	16,7	1	8,3	3	25	4	33,3
Item 20			1	8,3	3	25	5	41,7	3	25

Tendo sido explorada a existência de correlações entre as variáveis sociodemográficas contínuas e os sintomas emocionais negativos e sentido de competência parental no seu total (TotalPSOC), através da execução de uma correlação de Spearman foram encontradas associações estatisticamente significativas e positivas entre a idade, os anos de casamento e a idade do filho/a e os sintomas de depressão (Tabela 9).

Tabela 9

*Correlações entre as variáveis demográficas contínuas e as variáveis em estudo*

	Depressão EADS	Ansiedade EADS	Stress EADS	Eficácia PSOC	Satisfação PSOC	Total PSOC
Idade	0,61**	0,34	0,16	0,28	0,01	0,15
Anos de escolaridade	0,21	0,17	0,10	0,14	0,19	0,06
Anos de casamento/ União de facto	0,46*	0,15	0,26	-0,18	0,20	0,24
Idade do/a filho/a	0,51*	0,06	0,18	0,07	0,09	0,61

\*\* $p < 0,01$ ; \* $p < 0,05$

Notas: EADS = Escala de Ansiedade, Depressão e Stress; PSOC = Escala de Sentido de Competência Parental.

Relativamente à existência de correlações entre os sintomas emocionais negativos (depressão, ansiedade e *stress*) e o sentido de competência parental, quer como escala total (PSOCTotal), quer nas suas subescalas de eficácia parental e satisfação com a parentalidade, a partir da realização de uma correlação de Spearman, não foram encontradas associações estatisticamente significativas (Tabela 10).

Tabela 10

*Correlações entre os sintomas emocionais negativos e o sentido de competência parental, nas suas subescalas de eficácia e satisfação e no total da escala*

	Depressão EADS	Ansiedade EADS	Stress EADS	Eficácia PSOC	Satisfação PSOC	Total PSOC
Depressão EADS	1,00	0,62**	0,58**	0,01	-0,18	-0,19
Ansiedade EADS	0,62**	1,00	0,63**	0,04	-0,29	-0,38
Stress EADS	0,58**	0,63**	1,00	-0,08	-0,11	-0,37
Eficácia PSOC	-0,01	-0,04	-0,08	1,00	0,78**	0,906
Satisfação PSOC	-0,18	-0,29	-0,11	0,78**	1,00	0,91**
PSOCTotal	-0,12	-0,25	-0,07	0,91**	0,96**	1,00

\*\* $p < 0,01$

*Notas:* EADS = Escala de Ansiedade, Depressão e Stress; PSOC = Escala de Sentido de Competência Parental.

Face à distribuição das variáveis em estudo pelos três grupos (pais que decidiram contar, pais que decidiram não contar e pais que ainda não contaram), a decisão de contar ou manter segredo teve um efeito significativo apenas sobre a eficácia parental, ainda que no limite da significância ( $p = 0,048$ ). De acordo com a comparação múltipla de médias de ordens, os participantes que ainda não contaram apresentam uma média mais elevada do que os demais grupos (Figura 1).

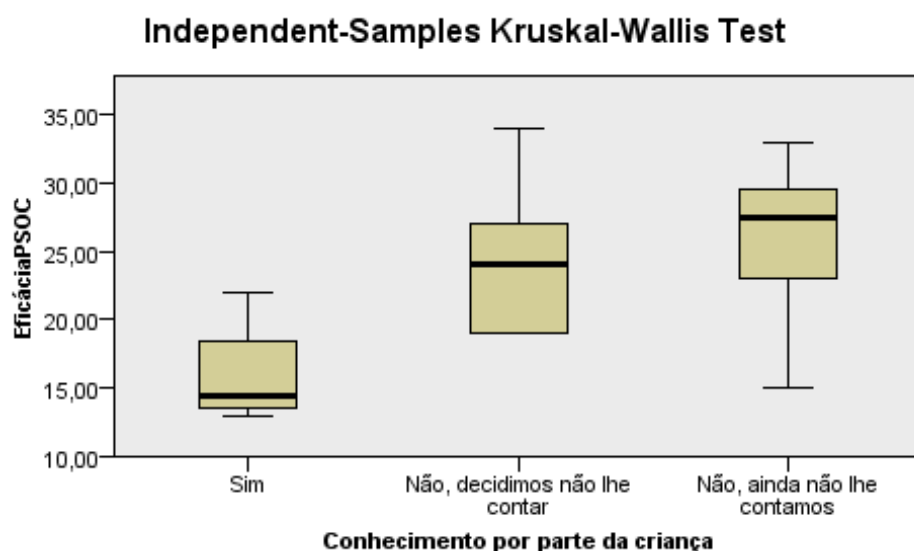


Figura 1. Distribuição dos resultados da eficácia parental com os três grupos em estudo. A distribuição da eficácia parental difere de forma significativa entre o grupo de pais que ainda não revelou ao seu/sua filho/a a sua origem genética e os restantes grupos, de acordo com o teste Kruskal-Wallis ( $\chi^2_{KW}(2) = 6,07$ ;  $p = 0,048$ ;  $n = 21$ ) seguido das comparações múltiplas das médias das ordens para  $\alpha = 0,05$ .

#### *Estudo da validade facial*

Para efeitos de avaliação da validade facial do QMRDG este foi analisado por três investigadores com experiência na área do desenvolvimento de instrumentos de autorresposta, os quais sugeriram ligeiras alterações no modo como se encontravam redigidos alguns dos itens. Para além disso, a validade facial foi também testada numa amostra de 21 participantes que preenchiam os critérios de inclusão no estudo pelo facto de terem recorrido a gâmetas de dador em processo prévio de tratamento de infertilidade.

A estrutura do QMRDG, quer em termos de construção, quer em termos de formato, procurou elencar itens que traduzissem os principais motivos subjacentes à decisão de revelar/não revelar a parentalidade não-genética reportados na literatura (este procedimento encontra-se descrito no ponto relativo aos procedimentos do presente trabalho). Decorrente deste processo de desenvolvimento dos itens considerou-se que estes apresentavam razoabilidade em concordância com os objetivos do instrumento.

Nenhum dos participantes reportou a existência de ambiguidade nos itens, falta de clareza ou dificuldade em responder. No mesmo sentido, não se verificaram indicações de que as instruções para o preenchimento suscitassem dúvidas.

Ainda no que se refere à validade facial foram tidos em consideração a adequação do português usado na formulação dos itens, bem como elementos relativos à apresentação gráfica destes na plataforma da recolha de dados (*e.g.* espaçamento entre as linhas, formato de resposta de fácil compreensão e atratividade da plataforma).

## **Discussão e conclusão**

O presente estudo teve como principal objetivo desenvolver e estudar a validade facial do Questionário de Motivações para Revelar/Não Revelar a Parentalidade não Genética por Doação de Gâmetas (QMRDG). Este instrumento pretende possibilitar o estudo das motivações que mais influenciam o processo de tomada de decisão dos pais que recorrem a gâmetas de dador, em contar às crianças o modo como estas foram concebidas.

Procurou-se ainda explorar a relação entre a decisão de contar ou manter segredo e os sintomas emocionais negativos e entre esta decisão e o sentido de competência parental.

A amostra deste estudo integrou fundamentalmente sujeitos do sexo feminino, indo de encontro aos vários estudos nesta área que apresentam maioritariamente esta população (*e.g.* Hunter et al., 2000; Isaksson et al., 2016; Klock & Greenfeld, 2004; Readings et al., 2011; Sälevaara et al., 2013), não tendo sido possível realizar análises estatísticas em função do sexo dos participantes.

Os resultados do presente estudo revelam um forte desejo dos pais contarem às suas crianças a origem da sua conceção. Apesar de entre os 21 participantes apenas 4 terem revelado às crianças o modo como estas foram concebidas, os resultados referentes aos pais que ainda não contaram, pelo facto de a criança ser ainda muito pequena ou por ainda não terem decidido fazê-lo, mostram que as motivações com as quais os pais mais se identificaram (respondendo “Concordo” ou “Concordo totalmente”) são referentes a motivações apontadas para contar à criança, corroborando o que é defendido pela literatura (*e.g.* Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2013). Assim, conclui-se que relativamente aos pais que ainda não contaram, estes têm intenção de contar, indo de encontro a um estudo recente de Applegarth, Kaufman, Josephs-Sohan, Christos, e Rosenwaks (2016), o qual concluiu que a maioria dos participantes contou às crianças ou, se ainda não contou, tem intenção de o fazer.

O processo de tomada de decisão de contar ou manter segredo, mostrou-se significativamente diferente entre os pais que contaram e os pais que decidiram não



divulgar à criança a origem da sua concepção. Relativamente ao acordo entre o casal, os primeiros apresentam um menor grau de acordo, comparativamente aos segundos. Estes dados opõem-se aos que foram encontrados num estudo com 58 pais com recurso a doação de ovócitos (Hahn, Sandra Jane; Craft-Rosenberg, 2002). Apesar das diferenças não serem significativas entre os pais que decidiram contar e os pais que decidiram não o fazer, os pais que optaram por divulgar à criança apresentam maior acordo do que os pais que optaram por não divulgar (Hahn, Sandra Jane; Craft-Rosenberg, 2002). Tais resultados poderão estar relacionados com o facto de, tal como refere Salter-Ling, Hunter e Glover (2001), o segredo em redor deste assunto ser difícil de manter. Assim, a ausência de acordo entre o casal poderia potenciar uma maior probabilidade de divulgação accidental.

Das motivações que mais influenciaram o processo de tomada de decisão dos nossos participantes que contaram à criança a origem da sua concepção, é possível identificar a honestidade como sendo a motivação que tem maior influência no processo de tomada de decisão, corroborando outros estudos que referem esta como sendo uma das razões mais apontadas pelos pais que tencionam revelar à criança a forma como foi concebida (Baccino et al., 2013; Lindblad et al., 2000; Readings et al., 2011; Sälevaara et al., 2013; Söderström-Anttila et al., 2010). Num estudo com participantes recetoras de ovócitos, o qual inclui participantes que não contaram à criança e participantes que contaram à criança, os últimos apontam como motivação para contar o facto de privilegiarem a honestidade e autenticidade na relação com a criança. De igual forma, num estudo com casais durante o tratamento de reprodução medicamente assistida, a motivação “honestidade acima de tudo” foi a segunda categoria de razões mais apontada pelos pais que tinham como intenção contar às crianças a origem da sua concepção (Baccino et al., 2013).

Esta motivação vai de encontro a uma das razões também com maior influência no processo de tomada de decisão, a defesa da transparência no seio familiar como forma da criança se sentir mais segura e confiante, permitindo um forte sentido de família, tal como é indicado por Hahn et. al (2002).

O direito da criança conhecer as suas origens genéticas foi também uma das motivações que mais influenciou a tomada de decisão dos pais que contaram ao/à seu/sua filho/a a origem da sua concepção, corroborando o que é referido pela literatura ao longo dos anos (*e.g.* Blyth et al., 2010; Hahn, Sandra Jane; Craft-Rosenberg, 2002; Isaksson et al., 2016; Lalos et al., 2007; Murray & Golombok, 2003). Num estudo

levado a cabo em 2002 com famílias construídas com recurso a doação de ovócitos, 60% das mães referem o desejo de contar à criança por considerarem que esta tem o direito de conhecer a verdade sobre as suas origens genéticas (Murray & Golombok, 2003). De igual forma, um outro estudo recente refere “o direito da criança saber” como a base de muitos pais para a partilha de informação (Isaksson et al., 2016).

A motivação “Não tínhamos razões para omitir” foi também uma das que mais influenciou a tomada de decisão dos pais indo de encontro a uma das motivações também mais apontada por alguns estudos (*e.g.* Lindblad et al., 2000; Readings et al., 2011). Possivelmente, esta motivação poderá estar relacionada com a ausência de estigma associado à infertilidade, bem como com a diminuição de angústia em redor do tema “infertilidade” presente nestes casais, uma vez que, tal como refere Salter-Ling, Hunter, e Glover (2001), sentimentos não resolvidos sobre problemas de fertilidade podem tornar difícil para processar pensamentos e sentimentos sobre os aspectos específicos do recurso a gâmetas de dador e como dizer à criança. Por outro lado, estudos indicam diferenças estatisticamente significativas entre os pais que decidiram contar e os pais que decidiram não contar, apresentando os primeiros menor nível de estigma comparativamente com os segundos (Nachtigall et al., 1997).

Face à decisão de não contar, as decisões que mais tiveram influência na tomada de decisão dos estudos vão de encontro às motivações mais apontadas pela maioria dos pais nos estudos qualitativos. A motivação “Esta informação diz respeito a algo puramente genético” foi a motivação com a qual os pais mais se identificaram, corroborando um estudo de 2013 com pais finlandeses com recurso a doação de esperma. Neste estudo, 82 mães e 81 pais decidiram não contar à criança, sendo que 32,9% das mães e 39,5% a indicaram como razão geral “informação não é necessária” na qual se incluía a motivação “a informação é algo puramente genético”.

A motivação “Contar poderia ser prejudicial para o(a) nosso(a) filho(a), ele(a) não iria compreender o processo de doação e poderia ficar confuso(a)” foi também uma das motivações que demonstrou mais influenciar o processo de tomada de decisão da maioria dos pais, indo de encontro a conclusões de outros estudos que indicam esta motivação como sendo referida por vários pais (Lalos et al., 2007; Lycett et al., 2005; Murray & Golombok, 2003; Readings et al., 2011; Sälevaara et al., 2013; Söderström-Anttila et al., 2010). Como forma de proteção da criança, esta é a motivação mais apontada num estudo de Murray & Golombok (2003), com 75% dos pais a indicarem esta como a razão para não contar às crianças o seu modo de conceção. De igual forma

em estudos mais recentes (Sälevaara et al., 2013; Söderström-Anttila et al., 2010), esta surge como a segunda motivação mais apontada pelos pais.

Para além das duas motivações anteriormente referidas, a motivação “Não queremos que o(a) nosso(a) filho(a) sinta que eu/meu companheiro(a) não sou/é pai/mãe dele(a) e me/o rejeite”, foi também uma das motivações com maior frequência reportada, o que nos indica que a maior parte dos pais indica esta como uma motivação com a qual “Concorda” ou “Concorda totalmente”, corroborando outros estudos que indicam esta como uma motivação comumente referida pelos pais (Lycett et al., 2005; Murray & Golombok, 2003).

Na mesma linha de raciocínio encontramos a motivação “Não queremos prejudicar a relação que o nosso filho tem connosco. Temos medo que contar possa ter um impacto negativo nessa relação”. Esta foi também uma das motivações identificada pelos pais como correspondendo a uma motivação com a qual concordam ou concordam totalmente, tal como é concluído noutros estudos como o de Laruelle et al., (2011) no qual esta motivação foi a terceira mais indicada pelos pais, ou de Lycett et al., (2005).

Face às consequências negativas da não-divulgação, bem como da ausência de consequências negativas da divulgação referidas anteriormente, há evidências que comprovam que as questões relacionadas com a divulgação e o sigilo são de longo alcance e que o sigilo total é difícil de manter (Salter-Ling et al., 2001). Assim face à diversidade de respostas encontradas neste estudo, considera-se de extrema importância o devido acompanhamento de profissionais capacitados no processo de tratamento com gâmetas de dador, como forma de auxiliar os pais nesta decisão, ponderando as motivações a favor e contra contar à criança a natureza da sua conceção. Tal como refere McGee, Brakman, e Gurmankin (2001) “*as informações disponíveis sobre a divulgação devem ser incluídas como parte da informação e aconselhamento que os casais recebem durante o processo de tratamento de fertilidade*” (p. 2035).

Relativamente às variáveis em estudo, concluiu-se que apenas a eficácia parental varia consoante o grupo (pais que já contaram, pais que decidiram não contar e pais que ainda não contaram) sendo esta inferior no grupo dos pais que já contaram, indicando assim, tal como é referido pelos autores do instrumento, um menor sentido de competência parental. Estes resultados opõem-se ao estudo de Lycett et al., (2004) que concluiu que as mães que revelaram às crianças a origem da sua conceção através do uso de espermatozoides de dador, se percebem como mais competentes do que as mães que não revelaram às crianças. Com efeito, os resultados deverão ser olhados com

algumas reservas face ao reduzido número de pais da presente amostra que contaram às crianças, sendo que tal constitui uma limitação importante.

Uma vez que na presente investigação não foram encontradas correlações entre as variáveis em estudo, (depressão, ansiedade e *stress*, eficácia parental, satisfação com a parentalidade e sentido de competência parental), exclui-se uma possível relação entre os sintomas emocionais negativos e o sentido de competência parental.

Como limitações encontramos a homogeneidade da amostra quanto ao sexo, tendo apenas a presença de um participante do sexo masculino, o que impede a comparação das variáveis em função do sexo, bem como a exploração de eventuais diferenças entre géneros quanto às variáveis em estudo. Por outro lado, este estudo incluiu uma heterogeneidade de tipos de infertilidade o que por si só constitui uma barreira para analisar a implicação do tipo de infertilidade com as variáveis estudadas, devido à reduzida amostra existente. Por outro lado, a média das idades das crianças foi inferior a quatro anos o que implica que a maior parte não tenha conhecimento da sua conceção.

Deste modo, propõem-se a realização de novas investigações com um tamanho de amostra superior e com uma maior diversidade da amostra relativamente ao sexo. Propõem-se ainda a realização de estudos com uma faixa etária de crianças mais abrangente, uma vez que diferentes etapas desenvolvimentais pressupõem diferentes implicações o que poderá levar à mudança de decisão ou de motivações dos pais. Por outro lado, propõem-se ainda a replicação do estudo com introdução de medidas específicas de estigma relacionado à infertilidade como forma de compreender a sua relação com o processo de tomada de decisão de contar à criança ou manter o segredo.

Em virtude dos resultados obtidos, e tendo em conta o objetivo principal do presente estudo, parece-nos que o QMRDG constitui um instrumento válido no que concerne à validade facial. Ainda assim, estudos futuros deverão ter em conta a continuidade desta análise não sendo excluída a possibilidade de ser melhorado. De realçar que o seu uso num contexto clínico poderá ser operacionalizado através do recurso a um suporte de papel pelo que se revela oportuno novos estudos de validade facial no contexto clínico (*e.g.* legibilidade da impressão, espaçamento entre linhas e atratividade do papel).

No entanto, atendendo a que se trata de um instrumento destinado fundamentalmente a uma utilização no âmbito da clínica, parece-nos tratar-se de um contributo importante para o acompanhamento de casais que recorram a gâmetas de dador, vindo colmatar a inexistência de ferramentas para este efeito.

## Bibliografia

- Applegarth, L., Kaufman, N., Josephs-Sohan, M., Christos, P., & Rosenwaks, Z. (2016). Parental disclosure to offspring created with oocyte donation: intentions versus reality. *Human Reproduction*, 0(0), 1–7. <http://doi.org/10.1093/humrep/dew125>
- Baccino, G., Salvadores, P., & Hernández, E. R. (2013). Disclosing their type of conception to offspring conceived by gamete or embryo donation in Spain. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(1), 83–95. <http://doi.org/10.1080/02646838.2013.853171>
- Benward, J. (2015). Disclosure: Helping families about assisted reproduction. Em *Fertility Counselling: Clinical guide and case studies* (Sharon N. , pp. 252–264). Cambridge University Press.
- Biringer, E., Howard, L., Kessler, U., Stewart, R., & Mykletun, A. (2015). Is infertility really associated with higher levels of mental distress in the female population? Results from the North-Trøndelag Health Study and the Medical Birth Registry of Norway. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 36, 38–45.
- Blake, L., Casey, P., Readings, J., Jadv, V., & Golombok, S. (2010). “Daddy ran out of tadpoles”: How parents tell their children that they are donor conceived, and what their 7-year-olds understand. *Human Reproduction*, 25(10), 2527–2534. <http://doi.org/10.1093/humrep/deq208>
- Blake, L., Jadv, V., & Golombok, S. (2014). Parent psychological adjustment, donor conception and disclosure: a follow-up over 10 years. *Human Reproduction*, 29(11), 2487–2496. <http://doi.org/10.1093/humrep/deu231>
- Blyth, E., Langridge, D., & Harris, R. (2010). Family building in donor conception: parents’ experiences of sharing information. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(2), 116–127. <http://doi.org/10.1080/02646830903295018>
- Campus, B. (2011). Helping Couples Through the Crisis of Infertility. *Psicologica*.
- Carvalho, J., & Santos, A. (2009). Estudo AFRODITE - Caracterização da infertilidade em Portugal.
- Chiaffarino, F., Baldini, M. P., Scarduelli, C., Bommarito, F., Ambrosio, S., D’Orsi, C., ... Ragni, G. (2011). Prevalence and incidence of depressive and anxious symptoms in couples undergoing assisted reproductive treatment in an Italian infertility department. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 158(2), 235–241. <http://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2011.04.032>

- Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida. (2015). *Relatório: Atividade desenvolvida pelos centros de PMA em 2013*. Lisboa.
- Cousineau, T. M., & Domar, A. D. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2), 293–308. <http://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.12.003>
- Daniels, K. (2005). Is blood really thicker than water? Assisted reproduction and its impact on our thinking about family. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 26(4), 265–270. <http://doi.org/10.1080/01674820500109180>
- Daniels, K. R., Grace, V. M., & Gillett, W. R. (2011). Factors associated with parents' decisions to tell their adult offspring about the offsprings donor conception. *Human Reproduction*, 26(10), 2783–2790. <http://doi.org/10.1093/humrep/der247>
- De Berardis, D., Mazza, M., Marini, S., Del Nibletto, L., Serroni, N., Pino, M. C., ... Di Giannantonio, M. (2014). Psychopathology, emotional aspects and psychological counselling in infertility: A review. *Clinica Terapeutica*, 165(3), 163–169. <http://doi.org/10.7417/CT.2014.1716>
- Decreto de Lei nº 32/2006 de 26 de Julho do Ministério da Saúde, Pub. L. No. Diário da República: I série, nº 143 (2006).
- Deka, P., & Sarma, S. (2010). Psychological aspects of infertility. *British Journal of Medical Practitioners*, 3(3), 32–33.
- Domar, A., Gordon, K., Garcia-Velasco, J., La Marca, A., Barriere, P., & Beligotti, F. (2012). Understanding the perceptions of and emotional barriers to infertility treatment: A survey in four European countries. *Human Reproduction*, 27(4), 1073–1079. <http://doi.org/10.1093/humrep/des016>
- Dorothy, A., Greenfeld, M., & Klock, S. (2004). Disclosure decisions among known and anonymous oocyte donation recipients. *Fertility and Sterility*, 81(6), 1565–1571. <http://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2003.10.041>
- Drosdzol, A., & Skrzypulec, V. (2009). Depression and anxiety among Polish infertile couples-an evaluative prevalence study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 30(1), 11–20. <http://doi.org/10.1080/01674820902830276>
- Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2004). Informing offspring of their conception by gamete donation. *Fertility and Sterility*, 81(3), 527–31. <http://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2003.11.011>
- Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2013). Informing offspring of their conception by gamete or embryo donation: A

- committee opinion. *Fertility and Sterility*, 100(1), 45–49.  
<http://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.02.028>
- Eugster, A., & Vingerhoets, A. J. J. M. (1999). Psychological aspects of in vitro fertilization: A review. *Social Science and Medicine*, 48(5), 575–589.  
[http://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00386-4](http://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00386-4)
- Fertility Counseling. (2015). Disclosure: Helping families talk about assisted reproduction. In *Clinical Guida and Case Studies* (pp. 252–263).
- Freeman, T., & Golombok, S. (2012). Donor insemination: A follow-up study of disclosure decisions, family relationships and child adjustment at adolescence. *Reproductive BioMedicine Online*, 25(2), 193–203.  
<http://doi.org/10.1016/j.rbmo.2012.03.009>
- Galhardo, A., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2011). Aspects psychologiques des couples infertiles. *Sexologies*, 20(4), 255–260.  
<http://doi.org/10.1016/j.sexol.2011.08.006>
- Galhardo, A., Moura-Ramos, M., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2015). The infertility trap: how defeat and entrapment affect depressive symptoms. *Human Reproduction*, 0(0), dev311. <http://doi.org/10.1093/humrep/dev311>
- Gilbert, P. (2006). Evolution and depression: issues and implications. *Psychological Medicine*, 36(3), 287–297. <http://doi.org/10.1017/S0033291705006112>
- Golombok, S., Blake, L., Casey, P., Roman, G., & Jadvá, V. (2013). Children born through reproductive donation: A longitudinal study of psychological adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 54(6), 653–660. <http://doi.org/10.1111/jcpp.12015>
- Greil, A. (1997). Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. *Social Science and Medicine*, 45(11), 1679–1704. [http://doi.org/10.1016/S0277-9536\(97\)00102-0](http://doi.org/10.1016/S0277-9536(97)00102-0)
- Greil, A., McQuillan, J., & Slauson-Blevins, K. (2011). The Social Construction of Social Construction. *Qualitative Sociology*, 736–746.  
<http://doi.org/10.1080/135017699343450>
- Greil, A., Slauson-Blevins, K., & McQuillan, J. (2010). The experience of infertility: a review of recent literature. *Sociology of Health & Illness*, 32(1), 140–162.  
<http://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01213.x>
- Hahn, Sandra Jane; Craft-Rosenberg, M. (2002). The disclosure decisions of parents who conceive children using donor eggs. *Jognn*, 31(3), 283–293.

- Hargreaves, K., & Daniels, K. (2007). Parents dilemmas in sharing donor insemination conception stories with their children. *Children & Society*, 21(6), 420–431. <http://doi.org/10.1111/j.1099-0860.2006.00079.x>
- Hershberger, P., Klock, S. C., & Barnes, R. B. (2007). Disclosure decisions among pregnant women who received donor oocytes: a phenomenological study. *Fertility and Sterility*, 87(2), 288–96. <http://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2006.06.036>
- Hunter, M., Salter-Ling, N., & Glover, L. (2000). Donor insemination: Telling children about their origins. *Child Psychology and Psychiatry*, 5(4), 157–163. <http://doi.org/10.1017/S1360641700002355>
- Indekeu, A., Dierickx, K., Schotsmans, P., Daniels, K. R., Rober, P., & D’Hooghe, T. (2013). Factors contributing to parental decision-making in disclosing donor conception: a systematic review. *Human Reproduction Update*, 19(6), 714–733. <http://doi.org/10.1093/humupd/dmt018>
- Isaksson, S., Skoog-Svanberg, A., Sydsjö, G., Linell, L., & Lampic, C. (2016). It takes two to tango: information-sharing with offspring among heterosexual parents following identity-release sperm donation. *Human Reproduction*, 31(1), 1–8. <http://doi.org/10.1093/humrep/dev293>
- Isaksson, S., Sydsjö, G., Skoog Svanberg, a, & Lampic, C. (2012). Disclosure behaviour and intentions among 111 couples following treatment with oocytes or sperm from identity-release donors: follow-up at offspring age 1-4 years. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 27(10), 2998–3007. <http://doi.org/10.1093/humrep/des285>
- Johnston, C., & Mash, E. J. (1989). A Measure of Parenting Satisfaction and Efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18(2), 167–175. [http://doi.org/10.1207/s15374424jccp1802\\_8](http://doi.org/10.1207/s15374424jccp1802_8)
- Klock, S. C., & Greenfeld, D. a. (2004). Parents’ knowledge about the donors and their attitudes toward disclosure in oocyte donation. *Human Reproduction*, 19(7), 1575–1579. <http://doi.org/10.1093/humrep/deh289>
- Lalos, A., Gottlieb, C., & Lalos, O. (2007). Legislated right for donor-insemination children to know their genetic origin: A study of parental thinking. *Human Reproduction*, 22(6), 1759–1768. <http://doi.org/10.1093/humrep/dem063>
- Laruelle, C., Place, I., Demeestere, I., Englert, Y., & Delbaere, A. (2011). Anonymity and secrecy options of recipient couples and donors, and ethnic origin influence in three types of oocyte donation. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 26(2),



- 382–90. <http://doi.org/10.1093/humrep/deq346>
- Lindblad, F., Gottlieb, C., & Lalos, O. (2000). To tell or not to tell--what parents think about telling their children that they were born following donor insemination. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 21(December), 193–203. <http://doi.org/10.3109/01674820009085588>
- Lycett, E., Daniels, K., Curson, R., & Golombok, S. (2004). Offspring created as a result of donor insemination: A study of family relationships, child adjustment, and disclosure. *Fertility and Sterility*, 82(1), 172–179. <http://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2003.11.039>
- Lycett, E., Daniels, K., Curson, R., & Golombok, S. (2005). School-aged children of donor insemination: a study of parents' disclosure patterns. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 20(3), 810–9. <http://doi.org/10.1093/humrep/deh703>
- Lykeridou, K., Gourounti, K., Deltsidou, A., Loutradis, D., & Vaslamatzis, G. (2009). The impact of infertility diagnosis on psychological status of women undergoing fertility treatment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(3), 223–237. <http://doi.org/10.1080/02646830802350864>
- Marôco, J. (2011). Análise Estatística com o SPSS Statistics (ReportNumb). Pêro Pinheiro.
- Mascarenhas, M. N., Flaxman, S. R., Boerma, T., Vanderpoel, S., & Stevens, G. a. (2012). National, regional, and global trends in infertility prevalence Since 1990: A systematic analysis of 277 health surveys. *PLoS Medicine*, 9(12), 1–12. <http://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001356>
- Matsubayashi, H., Hosaka, T., Izumi, S., Suzuki, T., & Makino, T. (2001). Emotional distress of infertile women in Japan. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 16(5), 966–969. <http://doi.org/10.1093/humrep/16.5.966>
- McGee, G., Brakman, S.-V., & Gurmankin, A. (2001). Gamete donation and anonymity: disclosure to children conceived with donor gametes should be optional. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 16(10), 2036–2038.
- Moura-ramos, M., Gameiro, S., Soares, I., & Santos, T. A. (2010). Psychosocial adjustment in infertility: undergoing assisted reproductive technologies. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(2), 299–319.
- Murray, C., & Golombok, S. (2003). To tell or not to tell: The decision-making process of egg-donation parents. *Human Fertility*, 6(2), 89–95. <http://doi.org/10.1080/1464770312331369123>

- Nachtigall, R., Becker, G., Quiroga, S., & Tschann, J. (1998). The disclosure decision: concerns and issues of parents of children conceived through donor insemination. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 178(6), 1165–70. [http://doi.org/10.1016/S0002-9378\(98\)70318-7](http://doi.org/10.1016/S0002-9378(98)70318-7)
- Nachtigall, R., Pitcher, L., Tschann, J., Becker, G., & Quiroga, S. (1997). Stigma, disclosure, and family functioning among parents of children conceived through donor insemination. *Fertility and Sterility*, 68(1), 83–89. [http://doi.org/10.1016/S0015-0282\(97\)81480-X](http://doi.org/10.1016/S0015-0282(97)81480-X)
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229–239.
- Patel, A., Sharma, P., Narayan, P., Binu, V., Dinesh, N., & Pai, P. (2016). Prevalence and predictors of infertility-specific stress in woman diagnosed with primary infertility: A clinic-based study. *Journal of Human Reproductive Sciences*, 9(1), 28–34. <http://doi.org/10.4103/0974-1208.178630>
- Peterson, B. D., Newton, C. R., Rosen, K. H., & Skaggs, G. E. (2006). Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Human Reproduction*, 21(9), 2443–2449. <http://doi.org/10.1093/humrep/del145>
- Ramazanzadeh, Z., Nourbala, A., Abedinia, N., & Naghizadeh, M. (2009). Emotional Adjustment in Infertile Couples. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, 7(3), 97–103.
- Readings, J., Blake, L., Casey, P., Jadv, V., & Golombok, S. (2011). Secrecy, disclosure and everything in-between: decisions of parents of children conceived by donor insemination, egg donation and surrogacy. *Reproductive Biomedicine Online*, 22(5), 485–495. <http://doi.org/10.1016/j.rbmo.2011.01.014>
- Sälevaara, M., Suikkari, a-M., & Söderström-Anttila, V. (2013). Attitudes and disclosure decisions of Finnish parents with children conceived using donor sperm. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 28(10), 2746–54. <http://doi.org/10.1093/humrep/det313>
- Salter-Ling, N., Hunter, M., & Glover, L. (2001). Donor insemination: Exploring the experience of treatment and intention to tell. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 19(3), 175–186. <http://doi.org/10.1080/02646830120073198>
- Santos, T., & Moura-Ramos, M. (2010). As técnicas de procriação medicamente

- assistida. Em *Esterilidade e procriação medicamente assistida* (pp. 79–99). Coimbra: Coimbra University Press.
- Schmidt, L. (2009). Social and psychological consequences of infertility and assisted reproduction - what are the research priorities? *Human Fertility (Cambridge, England)*, 12(1), 14–20. <http://doi.org/10.1080/14647270802331487>
- Seabra-Santos, M. J., Major, S., Pimentel, M., Gaspar, M. F., Antunes, N., & Roque, V. (2015). Parenting Sense of Competence Scale (PSOC): Psychometric studies. *Revista Avaliação Psicológica*, 14(1), 97–106. <http://doi.org/10.15689/ap.2015.1401.11>
- Sherrod, R. A. (2004). Understanding the emotional aspects of infertility - Implications for nursing practice. *Journal of Psychosocial Nursing*, 42(3), 40–47.
- Söderström-Anttila, V., Sälevaara, M., & Suikkari, a M. (2010). Increasing openness in oocyte donation families regarding disclosure over 15 years. *Human Reproduction*, 25(10), 2535–42. <http://doi.org/10.1093/humrep/deq194>
- van den Akker, O. (2001). The acceptable face of parenthood: The relative status of biological and cultural interpretations of offspring in infertility treatment. *Psychology, Evolution & Gender*, 3(2), 137–153. <http://doi.org/10.1080/14616660110067366>
- Verhaak, C., Lintsen A., Evers A., & Braat, D. (2010). Who is at risk of emotional problems and how do you know? Screening of women going for IVF treatment. *Human Reproduction*, 25, 1234–1240.
- Volgsten, H., Svanberg, A., Ekselius, L., Lundkvist, Ö., & Poroma, I. (2008). Prevalence of psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Human Reproduction*, 23(9), 2056–2063.
- World Health Organization. (2001). Family Planning Maternal & Child Health and Reproductive Health. *World Health*, (January).
- Yazdani, F., Kazemi, A., & Ureizi-samani, H. R. (2016). Studying the Relationship between the Attitude to Infertility and Coping Strategies in Couples Undergoing Assisted Reproductive Treatments, 7(9), 56–60.
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., ... Vanderpoel, S. (2009). International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, 2009\*. *Fertility and Sterility*, 92(5), 1520–1524. <http://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.09.009>

